

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITÉ PARIS VII**

121

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roland JOREST

Né le 31 janvier 1947 à PARIS 10e

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES HEMATOMES PERI-RENAUX

PROBLEMES POSES PAR LES FORMES PSEUDO-TUMORALES

Président : M. Pierre ABOULKER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITE PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Roland JOREST

Né le 31 janvier 1947 à PARIS 10e

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES HEMATOMES PERI-RENAUX

PROBLEMES POSES PAR LES FORMES PSEUDO-TUMORALES

Président : M. Pierre ABOULKER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



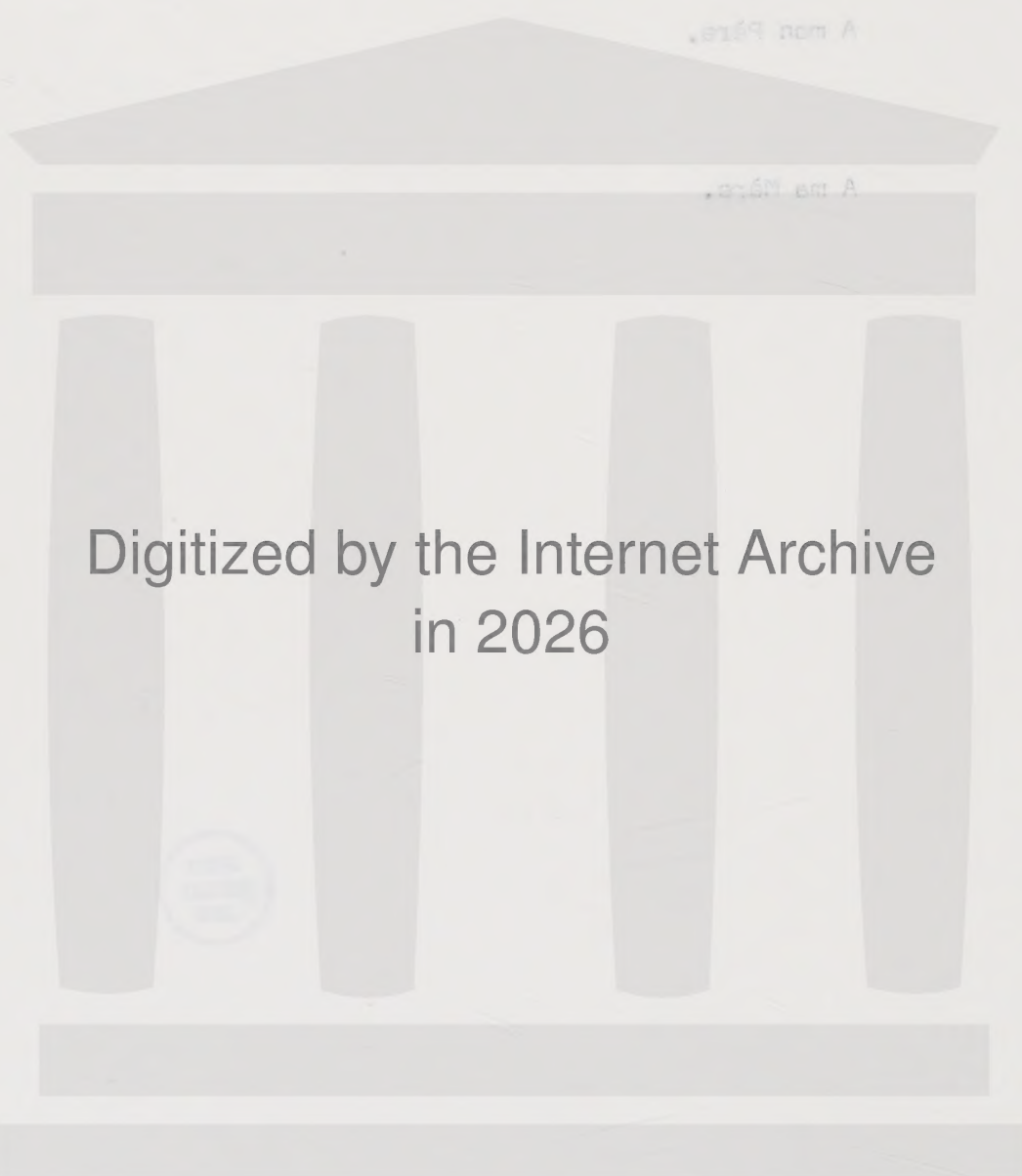
ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A mon Père.

A ma Mère.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556004_0027

A Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
considération très respectueuse.

A Monsieur le Professeur Adolphe STEG

Qui a bien voulu nous fournir le sujet de cette
thèse et nous éclairer de ses précieux conseils.
Qu'il sache nos sentiments de reconnaissance et
la nature filiale de notre respect.

A Monsieur le Docteur Emile BENASSAYAG

Qui a bien voulu nous aider de ses conseils,
Qu'il veuille bien accepter nos remerciements
et nos sentiments amicaux.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER

A Monsieur le Docteur Jean BALAZUC

A Monsieur le Professeur Jean BERNARD

A Monsieur le Professeur Henri-Edouard BRISSAUD

A Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS

A Madame le Professeur M.-J. LARRIEU

A Monsieur le Professeur Lucien LEGER

A Monsieur le Professeur Robert WORMS

PLAN DE LA THESE

Introduction

- Hématome péri-rénal :
- affection rare
 - essentiellement post-traumatique, mais également secondaire à d'autres affections
 - pose essentiellement un problème diagnostique

Les formes enkystées sont peu fréquentes, mais posent les pires problèmes diagnostiques. Ce sont elles qui nous intéresseront.

Historique

- Formes traumatiques
- Formes dites "spontanées"

Définition

- est anatomique : Hématomes
 - sous-capsulaires
 - intra-capsulaires
 - extra-capsulaires
- Diffusion de l'hématome
- Origine du saignement

Evolution anatomopathologique

Organisation de l'hématome vers la sclérose

Nos 4 observations

Le Diagnostic clinique de l'hématome péri-rénal

Les signes révélateurs de nos 4 observations comparés aux cas publiés.

Les examens paracliniques qui aident au diagnostic

- Ne pas compter sur les signes biologiques
- Le diagnostic est essentiellement un problème radiologique
 - + urographie
 - + urétérographie retrograde
 - + tomographies
 - + artériographie
 - + ponction percutanée
 - + scintigraphie

2 types d'hématomes sont à distinguer habituellement :

- les hématomes sous-capsulaires
- les hématomes extra-capsulaires

Diagnostic étiologique

- traumatiques
- "spontanés"
 - + rein
 - + organe de voisinage
 - + troubles généraux
 - + problème de l'absence d'étiologie
- problèmes de pathogénie. Expérimentations.

Conduite thérapeutique

- hématome péri-rénal certain. Exceptionnel 2 cas
- diagnostic non fait

Conclusion

L'hématome péri-rénal est une affection rare, qui se présente le plus souvent sous un aspect aigu.

Mais les formes enkystées que nous avons étudiées, beaucoup plus rares, ont 2 conséquences :

- une difficulté diagnostique
- et un retentissement sur le rein. C'est par ces lésions à long terme qu'elles nous permettent de fournir l'indication opératoire dans les formes aiguës.

LES HEMATOMES PERI-RENAUX

Problèmes posés par les formes pseudo-tumorales.

INTRODUCTION

Les hématomes péri-rénaux commencent à être bien connus malgré leur rareté.

Les plus fréquents sont sans nul doute, post-traumatiques, mais de multiples affections, en particulier rénales, peuvent en être l'origine. Dans un certain nombre de cas, la cause n'est pas retrouvée.

Les hématomes péri-rénaux posent continuellement un problème diagnostique :

- non seulement dans les formes aiguës, où à côté des signes classiques de la forme typique :
douleur lombaire
syndrome d'hémorragie interne
masse lombaire
s'accompagnant d'hématurie, signe majeur de la contusion du rein,
existent des aspects les plus trompeurs des autres urgences chirurgicales.
- mais essentiellement dans les formes subaiguës et surtout dans les formes frustes.

Ces formes, de découverte plus tardive, souvent à l'occasion d'un accident brutal, ont parfois tendance à l'enkystement, posant alors le problème d'une masse lombaire ou d'une image radiologique rénale anormale dont les circonstances de découverte sont variables.

Nous insisterons ici sur cette conséquence des hématomes péri-rénaux, qu'ils soient traumatiques ou "spontanés", à savoir qu'ils peuvent simuler une tumeur du rein.

Quatre observations récentes de ces formes frustes, enkystées, révélées tardivement sous le masque d'une tumeur rénale, vont nous permettre d'envisager la symptomatologie et les examens complémentaires qui doivent aider au diagnostic d'hématome péri-rénal.

Sur ces 4 observations, une seule fois, nous avons eu la certitude d'un hématome péri-rénal en pré-opératoire. Mais dans ces quatre cas, le problème de l'étiologie de cet hématome s'est posé, soit en pré- , soit en post-opératoire. Il nous semble que trouver la cause est un problème capital, car c'est d'elle que va dépendre la thérapeutique. S'il est bénéfique d'enlever un rein néoplasique, il est peu souhaitable d'ôter un rein normal et encore moins un rein de néphrite. C'est pourquoi à côté de l'étiologie traumatique, nous insisterons sur l'hématome péri-rénal dit "spontané", complication d'états pathologiques variés, plus que maladie autonome.

HISTORIQUE

Il faut distinguer l'hématome péri-rénal traumatique et l'hématome "spontané".

L'hématome péri-rénal traumatique

- La première observation remonterait au II^e siècle de notre ère, rapportée par GALTEN.
- Mais c'est RAYER qui en 1835 donne le premier tableau clinique de la contusion du rein.
- La thèse de LARDENNOIS (1908) et le rapport de GERARD au Congrès d'Urologie de 1930 constituent des documents cliniques importants.
- MARION et GERARD font connaître l'importance de l'hématome péri-rénal dans le pronostic de la contusion du rein.
- En 1967, MACQUET réunit les notions sur les contusions du rein, en particulier insiste sur les examens radiologiques (urographie et opacification vasculaire), et tire une conduite thérapeutique.

L'hématome péri-rénal "spontané"

- S'il fut évoqué pour la première fois en 1700 par BONNET, les premières descriptions remontent en 1856 où WUNDERLICH décrit "l'apoplexie spontanée de la tunique fibreuse du rein".
- En 1909, LENKE décrit une triade clinique faite de la douleur lombaire pongitive, du syndrome d'hémorragie interne, et de la masse lombaire qui correspond à une forme aiguë.
- C'est LENORMAND en 1911 qui définit la maladie de Wunderlich ou hématome péri-rénal non traumatique.

- En 1933, POLKEY et VYNALÉK rapportent 179 cas d'hématome péri-rénal dans la littérature et tentent d'en expliquer la pathogénie par des expériences sur 22 chiens.
- Plus récemment dans leurs thèses, WOLFROMM et MARCEL, MONDOR et LEGER, LESIEUR et VIALARD ont précisé les symptômes et les étiologies.
- C'est à CIBERT, puis à MOREAU et J. PATEL que nous devons la connaissance des premières formes mineures et latentes qui donnent à cette affection un jour nouveau puisque plus souvent reconnue.

DEFINITION

L'hématome péri-rénal se définit avant tout sur le plan anatomique :
"C'est une collection sanguine, rétro-péritonéale, latéro-vertébrale qui entoure plus ou moins complètement le rein".

Les éléments anatomiques qui constituent la loge rénale permettent de distinguer plusieurs types d'hématomes :

- les hématomes sous-capsulaires

Ils sont situés entre le rein et le feuillet profond de la tunique fibreuse (fascia péri-rénal).

Ils forment environ 10 % des formes "spontanées" pour MOREAU et collaborateurs.

- les hématomes intra-capsulaires

Situés entre les 2 feuillets de la tunique fibreuse, ils sont exceptionnels.

- les hématomes extra-capsulaires

Les plus fréquents, ils occupent la loge cellulo-adipeuse du rein.

Quel que soit le siège primitif de l'hématome, il peut s'étendre par diffusion :

- dans la région para-rénale.
- dans tout l'espace rétro-péritonéal, le long du psoas et de l'aorte, entre les muscles de la paroi et donner des ecchymoses lombaires tardives.
- parfois, après fissuration du péritoine pariétal, s'étendre dans la cavité abdominale.

- parfois même, sans effraction, il peut donner par transsudation une ascite ou une pleurésie hémorragique.

Cette définition anatomique permet de faire la distinction entre l'hématome péri-rénal et l'hématome rétro-péritonéal, ce qui élimine un certain nombre d'étiologies, en particulier la rupture d'un anévrisme aortique, cause la plus fréquente d'hématome rétro-péritonéal.

Le problème de l'origine du saignement n'est pas simple :

- rénal, parenchymateux ou pédiculaire dans les traumatismes
- il peut être également surrénal, graisseux, souvent impossible à mettre en évidence dans les hématomes "spontanés".

EVOLUTION ANATOMIQUE

Quand l'hématome péri-rénal reste circonscrit, ce qui est le cas de nos quatre observations, l'évolution anatomique se fait vers une organisation progressive qui aboutit à une sclérose de tout le tissu cellulo-graisseux envahi par l'hématome.

Cette sclérose est plus ou moins dense, creusée parfois de cavités kystiques réalisant une périnéphrite scléreuse ou scléro-kystique.

Cette organisation vers la sclérose aboutit à la compression du rein, de ses vaisseaux et même de la voie excrétrice. Elle est responsable d'un certain nombre d'atrophies rénales secondaires, d'hypertensions artérielles et d'hydronéphroses secondaires.

On a pu reproduire expérimentalement cette gangue scléreuse par enrobage du rein dans la cellophane (PAGE) et obtenir les mêmes complications.

L'organisation de l'hématome est rapide, puisque quinze jours après sa constitution, les lésions scléreuses commencent à rendre difficile la dissection du rein. Ce qui explique la fréquence des néphrecromies dans les hématomes péri-rénaux vus tardivement.

NOS OBSERVATIONS

Nous allons présenter maintenant quatre observations recueillies dans le service du Professeur P. ABOULKER à l'Hôpital COCHIN.

Ces observations vont nous amener à envisager la symptomatologie clinique des hématomes péri-rénaux et surtout le problème de leur diagnostic radiologique et étiologique, en comparant avec les cas décrits dans la littérature.

Première Observation

Il s'agit d'une femme obèse de 65 ans, Martiniquaise, en France depuis 1960, qui est admise en urgence en 1969 pour des douleurs de l'hypocondre gauche à irradiations postérieures, d'intensité croissante depuis quelques jours et qui s'accompagnent d'un état nauséux.

L'examen clinique trouve :

- un abdomen souple dans son ensemble
 - une légère douleur provoquée dans l'hypocondre gauche
 - un foie légèrement augmenté de volume (12 cm)
 - pas de splénomégalie
 - pas de trouble du transit
 - pas de fièvre
 - les fosses lombaires sont libres, indolores et il n'y a aucun signe urinaire.
- une pleurésie bilatérale sans signes fonctionnels, qui sera ponctionnée à gauche = liquide hémorragique, avec à la cytologie quelques cellules de classe III

Une bronchoscopie ultérieure montrera un aspect de bronchite chronique.

- des oedèmes bilatéraux des membres inférieurs que l'on attribue à une insuffisance cardiaque en raison :

+ d'un souffle systolique apexien

+ d'une hypertension artérielle avec minima toujours supérieur à 11 dont le début est impossible à préciser

+ d'un axe gauche à l'électrocardiogramme,

et qui régresseront sous traitement digitalique et diurétique.

- il existe une anesthésie de la moitié inférieure de la jambe gauche.

Dans les antécédents, on ne trouve qu'une "lymphangite" du mollet gauche en 1942 et une "phlébite" en 1961 qui aurait été mise 15 jours sous anticoagulants.

Les examens complémentaires

- Pas d'anémie. 17 400 globules blancs avec 80 % de polynucléaires

- Vitesse de sédimentation : 85 - 115

- Urée sanguine : 0,65 g/l

- Glycémie : 2,20 g/l

- Amylasémie et amylasurie normales

- Taux de prothrombine : 95 %

- Bilan parasitologique : négatif.

- Par contre, il existe une hématurie microscopique avec leucocyturie sans élément atypique, sans germe.

- Radiographie pulmonaire

pleurésie gauche importante

petite réaction pleurale droite

- Urographie intra-veineuse

+ Sur le cliché sans préparation, les ombres rénales sont bien visibles et l'opacité du rein gauche est volumineuse : 15 cm de haut - 10 cm de large, opposés à 10 cm et 4 cm pour le rein droit.

+ La morphologie pyélocalicielle droite est normale

- + à gauche - retard de sécrétion
 - aspect de tumeur du pôle inférieur du rein gauche avec amputation des groupes caliciels inférieur et moyen. Opacification peu importante du groupe supérieur.
 - il existe une rotation en arrière et une bascule du rein dont le grand axe est verticalisé.
 - sous compression, le rein paraît fixé.

Devant les douleurs, l'hématurie microscopique et cette image urographique, on décide de pousser plus loin les investigations.

- Cystoscopie : normale
- Urétéro-pyélographie rétrograde gauche :
 - Les calices sont parfaitement déplissés, les bords réguliers ; il n'existe pas de signes nets de tumeur du parenchyme rénal.
 - Se pose le problème d'une masse para-rénale ou d'une tumeur corticale à développement périphérique.
- Scintigraphie : rein droit normal
rein gauche muet
- Artériographie : par voie fémorale, globale puis sélective ; elle montre :
 - + à droite : une seule artère rénale. Images normales.
 - + à gauche : une artère rénale.
 - Aspect du rein normal, mais il existe une masse avasculaire du pôle inférieur qui transforme la convexité habituelle en une concavité.

Tout ce bilan n'apporte pas la conviction et se pose le problème d'une tumeur rénale avasculaire ou d'une tumeur para-rénale comprimant le pôle inférieur du rein, responsable des modifications urographiques des cavités pyélocalicielles.

- Tentative de ponction transpariétale de la masse :

blanche affirmant la tumeur solide.

On décide alors la lombotomie exploratrice le 21 avril 69.

Compte-rendu opératoire

Lombotomie exploratrice gauche pour une tumeur de nature non identifiée retentissant sur le rein gauche. Il s'agissait en fait d'un hématome péri-rénal pour lequel on a pratiqué l'exérèse de la poche de l'hématome et une néphrectomie.

Grande lombotomie gauche suivant l'axe de la 12° côte chez cette femme obèse.

Section de la 12° côte.

Après l'incision du fascia, on découvre une tumeur englobant le rein, d'allure inflammatoire, adhérent fortement en arrière au plan postérieur, un peu en avant au péritoine, et un peu en haut au diaphragme.

Après une dissection progressive, on parvient à trouver un plan de clivage, ce qui permet d'individualiser la masse péri-rénale et le rein.

On incise alors à la face externe de la masse tumorale, progressivement, et on parvient jusque dans une poche contenant un sang veineux, plus ou moins liquide, plus ou moins caillotant. Evacuation de la poche.

Cette poche recouvre la face externe du rein sur toute sa hauteur.

Excision de la paroi externe de cette poche au ras de sa jonction avec le parenchyme rénal. Il ne semble pas que cette poche soit sous-capsulaire, mais plutôt extra-capsulaire (capsule propre ou fibreuse du rein) ; le rein lui-même paraît normal ; on ne sent aucune irrégularité, aucune induration bien qu'il soit de largeur inférieure à la normale ; il s'agit aussi d'un rein très allongé.

On décide de pratiquer une néphrectomie étant donné qu'il n'y a pas d'étiologie retrouvée à cet hématome.

Néphrectomie gauche ; fil de lin sur le pédicule.

Vérification de l'hémostase de la loge.

Une lame dans cette loge.

Fermeture de la paroi en 3 plans en catgut 1.

Les suites opératoires

Elles sont marquées au 4° jour par une hématomèse avec melaena qui

fait découvrir une rupture de varices oesophagiennes (diagnostic confirmé par les radios et l'oesophagoscopie) dues à une hypertension portale dont on n'a pu retrouver l'origine.

Dans le bilan pratiqué, seul le complexe prothrombique était perturbé, abaissé à 21 % (sans traitement).

Une deuxième hématomatose a lieu au 6^e jour.

Ces 2 épisodes alarmants ont été compensés uniquement par du sang et les suites opératoires ultérieures ont été simples, sans récurrence hémorragique.

L'examen de la pièce opératoire

La dissection de ce rein mesurant 11 cm de haut et 5 cm de large, au niveau du hile, montre une périnéphrite scléreuse très importante, englobant le pôle supérieur et la surrénale. Cette périnéphrite est par endroits très largement décollée de la capsule rénale par un volumineux hématome. Une partie de cet hématome semble infiltrer la corticalité rénale sans que l'on puisse dire macroscopiquement qu'il s'agit d'une hémorragie péri-rénale propagée au rein ou si les lésions ont commencé au niveau du cortex.

Les multiples prélèvements histologiques effectués montrent que le parenchyme rénal est strictement normal, exempt de toute formation tumorale, de toute modification vasculaire et même de processus inflammatoire. Les lésions sont exclusivement situées dans les tissus péri-rénaux où l'on retrouve un panicule adipeux très largement dissocié par une sclérose collagène annulaire, renfermant du pigment hématique en grande abondance. Cette sclérose est elle-même dissociée en certains endroits parfois jusqu'au contact du rein, mais parfois à distance par des nappes d'hémorragie restante ; de ce fait, on s'aperçoit qu'il existe dans la loge rénale un processus hémorragique diffus, mais ayant procédé par étapes successives dont on retrouve les vestiges à différents niveaux. Un fragment de surrénale retrouvé à la partie supérieure ne montre aucune altération susceptible d'expliquer un processus hémorragique.

Au total, il s'agit d'un volumineux hématome péri-rénal, dont la

constitution s'est faite en plusieurs étapes et dont le début est déjà certainement ancien, étant donné l'intensité de la sclérose et le pigment hémossidérinique qui la tache.

Aucune étiologie ne peut être proposée après l'étude histologique.

Ainsi, dans cette première observation se pose le problème de l'hématome extra-capsulaire. Quel est le rôle de l'hypertension portale, quel est celui de la chute du complexe prothrombique ? Est-ce que le déséquilibre créé par l'intervention n'a pu se produire antérieurement, serait-ce là un facteur favorisant de l'hématome péri-rénal ?

La malade n'a pas été revue après sa sortie du service. Elle est repartie en Martinique et nous l'avons perdue de vue.

Deuxième Observation

C'est une femme de 62 ans qui est vue en consultation au début de l'année 1968 pour une gêne douloureuse de la fosse lombaire droite, ressentie comme une tuméfaction parfois pulsatile. Il n'existe pas d'hématurie, les urines sont claires, pas de brûlure mictionnelle.

L'examen chez cette femme en bon état général ne trouve qu'une masse de l'hypocondre droit, ferme, arrondie, à limites imprécises, douloureuses, ne donnant pas le contact lombaire.

L'étude des antécédents apporte une pathologie rénale ancienne. D'abord en 1921, à la suite d'une chute sur le côté droit, survient une hématurie totale qui durera 24 heures. Huit mois plus tard, des douleurs lombéo-abdominales droites sont rapportées à une ptose rénale : première néphropexie.

Quinze ans plus tard, des douleurs identiques font pratiquer une seconde néphropexie droite.

Pendant trente ans, aucun problème sauf une chute en 1963 qui laisse des douleurs rachidiennes.

Dans les autres antécédents : - asthme depuis l'enfance
- annexite bilatérale.

Le bilan biologique est normal.

L'urographie de février 1968 montre :

- à gauche : une morphologie pyélocalicielle normale.
- à droite : une déformation et un refoulement en bas et en dehors du calice supérieur et du bassinet par une masse dense, arrondie, développée aux dépens du bord interne du rein droit.

Des urotomographies confirment les images de l'urographie.

La ponction percutanée en pleine masse ramène du sang, des cellules normales, mais n'injecte pas de cavité kystique. La tentative d'opacification laisse une flaque et l'on pense être à côté de la masse.

L'artériographie sélective montre :

- au temps artériel : la néoformation est avasculaire et refoule simplement en dehors la branche supérieure de l'artère rénale. Aucun vaisseau pathologique n'est injecté. Pas de retour veineux anormal.
- au temps néphrographique : la néoformation occupe le pôle supérieur et la partie interne du rein droit dont l'aspect est par ailleurs normal.

Ainsi, la conclusion est qu'il s'agit vraisemblablement d'un kyste du pôle supérieur du rein droit à développement antérieur.

Les néphropexies antérieures expliquent l'échec de la ponction percutanée. Deuxième ponction pratiquée 1 mois après la première. Elle montre un aspect kystique avec des impressions lacunaires. Cette image étant celle d'un cancer du rein, on décide alors une néphrectomie élargie.

Compte-rendu opératoire (4 avril 68)

Tumeur du rein droit chez une femme opérée 2 fois de néphropexie.

Néphrectomie par voie antérieure.

Incision horizontale de la pointe de la 11^e côte jusqu'à 1 cm au-dessus de l'ombilic. On incise les plans profonds jusqu'au grand droit du côté gauche dont on ouvre la gaine.

Décollement du duodénum et de l'angle droit.

Il existe une masse volumineuse occupant la partie supérieure et interne du rein, couverte par la capsule rénale. Le tout s'insinue sous la veine rénale qui est volumineuse et sous la veine cave. Cette masse est de consistance irrégulière, dure par endroits, dépressible par ailleurs. La ponction ne ramène qu'un magma blanchâtre.

Chez cette femme dont c'est la 3^e intervention rénale, on décide de faire une néphrectomie.

Ligature et section de l'uretère.

Ligature et section du pédicule rénal.

Libération prudente de la masse tumorale sous la veine cave.

Libération difficile du rein qui est comme incrusté dans la paroi lombaire et adhère fortement en haut.

Hémostase soigneuse de la loge, dont un point au catgut serti, en X, sur la surrénale.

Une lame de drainage sous péritonéal par une contre-incision.

Fermeture plan par plan au nylon.

Le compte-rendu anatomopathologique

L'examen de la pièce opératoire va trouver ici non seulement l'hématome péri-rénal, mais surtout sa cause.

Macroscopiquement le rein est coiffé d'une volumineuse poche à contenu nécrotique, paraissant parfaitement séparée du parenchyme rénal. Cette poche est limitée par une coque scléreuse, épaissie sur une de ses faces par une masse gélatineuse qui fait saillie dans la cavité ; le reste du contenu est fait d'un magma au sein duquel on retrouve quelques débris d'aspect fibrineux. La coque de ce kyste est intimement soudée à la capsule rénale à sa partie supéro-externe. Le rein restant est déformé et se trouve amputé du

territoire correspondant à la formation kystique.

Histologiquement cette poche est constituée d'une coque scléreuse collagène extrêmement dense, pauvre en cellules et dépourvue de toute formation spécifique, en particulier il n'a pas été retrouvé de trousseaux élastiques à ce niveau. Cette coque est tapissée intérieurement d'un tissu de granulation richement vascularisé, renfermant des lipides en abondance soit intracellulaires avec de nombreux lipophages, soit à l'état libre sous forme d'aiguilles de cholestérol ou d'acides gras disséminés dans le tissu fibreux. Outre cette lipophanérèse, on retrouve tant dans le tissu scléreux que dans le tissu de granulation une substance safranophile disposée en aiguilles ou en filaments et entraînant à son contact une réaction à corps étrangers souvent très importante. Il s'agit vraisemblablement d'un matériel chirurgical ancien apporté par la néphropexie. De plus, la coloration de Perls met en évidence un pigment ferrique abondant. Le centre de la cavité ne contient que du sang coagulé et de la fibrine plus ou moins riche en éléments leucocytaires. Le parenchyme rénal persistant est peu modifié par une néphrite interstitielle subaiguë discrète.

Conclusion : Le diagnostic le plus vraisemblable, compte-tenu des divers éléments et en particulier de la réaction à corps étrangers, est celui d'hématome sous capsulaire très ancien, enkysté, contemporain de l'intervention chirurgicale antérieure.

La malade a eu des suites opératoires fort simples. A été revue en consultation : va bien.

Troisième observation

L'histoire de cet homme de 54 ans est fort complexe.

- En juillet 1970, devant des embolies pulmonaires à répétition, il est mis au traitement anticoagulant : 1 comprimé de Tromexane avec taux de prothrombine maintenu entre 35 et 40 %.

- En septembre 1970, une lymphographie est pratiquée pour tenter d'expliquer un oedème douloureux des membres inférieurs.

Oedème qui a débuté en 1940 à gauche et qui, depuis juin 1969, est bilatéral, très volumineux. Cette lymphographie, possible seulement à gauche, montre une hypoplasie, vraisemblablement congénitale. Il semble exister un obstacle à la progression du lipiodol dans le canal thoracique.

Surtout cette lymphographie fait découvrir des opacités apicales et sous-claviculaires droites, et peut-être une petite caverne du sommet. Et le malade est mis au traitement anti-tuberculeux (Rimifon, Rifamycine), malgré l'absence de preuve formelle (Absence de BK au tubage, dans les crachats, dans les urines).

- Au cours de ce traitement, survient le 2 janvier 1971 une perte de connaissance brutale, non expliquée, avec chute sur le flanc gauche. Il existe une fracture de la 11^e côte gauche et une hématurie totale, abondante, qui cède rapidement et laisse une hématurie microscopique.

- Par ailleurs, sous l'effet du traitement antituberculeux (ou pour une autre cause non déterminée) survient un délire hallucinatoire de persécution pour lequel il est hospitalisé à Ste Anne. Ce délire a débuté le lendemain de la chute avec perte de connaissance.

- L'examen clinique à l'entrée (après 1 mois d'hospitalisation à Ste Anne) montre :

- + un oedème important des membres inférieurs.
- + une scoliose (fracture au niveau de C 7)
- + une phlébite du membre supérieur droit
- + une hépatomégalie dure (14 cm)
- + des adénopathies axillaires gauches et sus-claviculaires gauches
- + une tension artérielle à 13 - 9

Par ailleurs, amaigrissement de 16 kg en 1 mois.

- Les examens complémentaires

- + la numération formule sanguine montre une anémie à 3,7 millions
6 900 globules blancs

- + la vitesse de sédimentation est à 80 - 123
- + l'urée sanguine est à 0,40 g/l
- + il existe une arythmie à l'électrocardiogramme.
- + l'urographie montre :
 - une augmentation du volume des contours du rein droit
 - une sécrétion bilatérale des 2 reins mais avec un retard net de sécrétion à droite.
 - à gauche : morphologie normale
 - à droite : après une deuxième injection du produit de contraste. Absence de bassinet ou disparition.Rein globuleux, malroté sur son axe transversal.
Laminage des groupes caliciels moyen et inférieur par une masse centrale sur laquelle ces cavités semblent se mouler.
Il s'agit donc d'un syndrome tumoral du rein droit évoquant surtout un cancer, avec un petit doute au sujet d'une caverne tuberculeuse.
Par ailleurs, l'uretère est libre, non dilaté.
La vessie est normale, en dehors d'une empreinte prostatique sur le bas-fond.
- + une urétéropyélographie rétrograde droite
 - cystoscopie : vessie normale
 - opacité du pôle inférieur du rein droit avec effraction vasculaire très évocatrice de néoplasie.
- + une scintigraphie hépatique montre une fixation isotopique hétérogène fort suspecte.

On est ainsi amené au diagnostic pré-opératoire de contusion sur rein pathologique chez un malade sous anti-coagulants et l'on s'attend à trouver un cancer du pôle inférieur accompagné d'un hématome péri-rénal.

L'intervention est pratiquée le 5 mars 71

Image tumorale du rein droit découverte à l'occasion d'hématurie post-traumatique. Lobotomie exploratrice. Néphrectomie droite élargie.

Lombotomie droite réséquant la 11° côte, prolongée jusqu'au niveau de l'ombilic en trans-péritonéale.

La loge rénale est occupée par une volumineuse formation dure, jaune chamois, qui correspond très vraisemblablement à un hématome péri-rénal ancien.

Dans ces conditions, et malgré la persistance d'une opacification du calice supérieur à l'urographie, il est techniquement irréalisable de pratiquer une néphrectomie polaire inférieure.

Néphrectomie droite passant dans le plan de la néphrectomie élargie, rendue difficile par les nombreuses adhérences de la loge rénale aux différents organes de voisinage.

Ligature des éléments pédiculaires séparément au lin n° 2.

Fermeture d'une brèche pleuro-diaphragmatique au fil de Flexidène n° 1.

Fermeture du péritoine aux points séparés de Flexidène 00.

Deux drains de Penrose dans la loge rénale.

Paroi : un plan de points séparés en X, de Flexidène n° 4.

On ne note en cours d'intervention aucune explication au niveau de la veine cave inférieure de l'œdème des membres inférieurs.

Aucun problème dans les suites opératoires.

- L'examen anatomopathologique du rein droit

L'ouverture de cette pièce opératoire montre en plein milieu du parenchyme rénal, débordant sur son bord externe, à peu près à la partie moyenne de la convexité, une volumineuse poche à contours anfractueux mesurant environ 5 cm de haut et 4 de large et entièrement comblée de caillots sanguins. Le parenchyme situé au contact présente des remaniements assez modérés avec un sillon parfois jaune, parfois hémorragique. A noter en regard de la convexité une gaine de scléro-lipomatose importante.

Histologiquement : Toute la partie centrale du rein est détruite par des lésions de nécrose et de sclérose en rapport avec des lésions hémorragiques anciennes. En périphérie de cette zone, le parenchyme rénal est le siège d'une néphrite interstitielle chronique au sein de laquelle les tubes sont atro-

phiques ou distendus et les glomérules sont pour la plupart fibreux. En bordure de ces zones existe souvent un liseré hémorragique au sein d'une sclérose dense tatouée d'hémosidérine qui enserre des plages de parenchyme rénal infarci dans lequel persistent les contours glomérulaires et tubulaires. Dans certains cas il ne persiste aucun élément reconnaissable du parenchyme rénal. On est en présence d'une large plage de nécrose éosinophile assez homogène, entourée par une sclérose dense, parfois centrée par des lobules adipeux intacts ou nécrosés et cernés par une réaction giganto-cellulaire. Il faut noter au sein de cette fibrose, la présence de larges plages cellulaires contenant de nombreux lipophages, des macrocytes chargés de pigments d'hémosidérine, des histiocytes et des plasmocytes.

Conclusion : séquelles traumatiques ayant entraîné une mutilation considérable de la partie centrale du rein, probablement en rapport avec la résorption d'un volumineux hématome, progressivement organisé. Les lésions ischémiques complémentaires semblent de constitution plus récente par atteinte vasculaire secondaire.

Quatrième Observation

- Il s'agit d'un homme de 52 ans qui est vu en consultation le 26 janvier 70 parce qu'il a présenté :

- une crise de coliques néphrétiques gauches le 20 décembre 69 avec expulsion de 2 graviers d'oxalate,
- et qu'une urographie au décours de la crise montre une image "kystique" du pôle inférieur du rein gauche.

- L'examen clinique

est strictement normal chez cet homme en bon état général. Tension artérielle 15 - 9.

- Dans les antécédents

Il a présenté une crise de coliques néphrétiques gauches en 1966 et le cliché simple de l'époque montre des contours du rein normaux.

- Le bilan biologique

- + Urémie : 0,37 g/l
- + Taux de prothrombine : 83 %
- + Glycémie : 0,92 g/l
- + Numération : 4,6 millions de globules rouges
7 800 globules blancs
- + Calcémie : 110 mg/l
- + Phosphorémie : 22 mg/l

- L'urographie

montre à droite une morphologie pyélocalicielle normale.

A gauche, par contre, les groupes caliciels moyen et inférieur se mou-
lent sur une opacité régulière, arrondie, assez volumineuse et qui sem-
ble un kyste du pôle inférieur.

- L'urétéropyélographie rétrograde gauche

n'apporte rien de plus que l'urographie. Le rein paraît cependant mo-
bile, non fixé.

- La ponction percutanée de la masse kystique ne ramène pas de liquide.
Flaque lors de la tentative d'injection.

Il s'agit donc d'une tumeur solide du pôle inférieur du rein gauche
et l'on décide l'opération.

Compte-rendu opératoire (10 novembre 70)

Incision du flanc gauche partant de l'extrémité antérieure de la
11^e côte, que l'on résèque, et se dirigeant vers le bord externe du grand
droit gauche.

On ouvre d'abord la loge rénale pour vérifier le diagnostic, se pro-
posant, en cas de tumeur maligne de continuer l'incision en avant, d'ouvrir le
péritoine et de faire une néphrectomie élargie.

Après ouverture de la loge rénale, on constate qu'il existe bien
une tumeur du pôle inférieur du rein gauche, tumeur du volume d'un gros

pamplemousse, d'aspect bleuté, tendu, mais surtout la tumeur et le rein sont entourés d'une gangue extrêmement adhérente, inflammatoire, réalisant un aspect que l'on voit dans la pyonéphrose.

Peu à peu on libère la masse tumorale.

On la ponctionne. Il en sort environ 300 cc de liquide hématique, puis d'abondants caillots.

On ouvre cette tumeur et l'on constate qu'il s'agit en fait d'un volumineux hématome sous-capsulaire qui se laisse parfaitement oliver du rein avoisinant.

On enlève cette poche hématique. Le rein se trouve dès lors décapsulé. On le libère en entier et on l'extériorise. On constate qu'à l'inspection et à la palpation, on ne perçoit aucune anomalie, aucune induration. On fait une biopsie rénale à la partie moyenne du rein.

Au cours de la libération, une brèche de 1 cm est faite dans le pôle supérieur du rein qui est suturée par un point de catgut.

Reposition du rein.

Une lame de drainage.

Réfection de la paroi, plan par plan, au catgut.

Soie et agrafes sur la peau.

L'examen des fragments opératoires

Les multiples prélèvements effectués sur la paroi de ce kyste montrent autour de caillots généralement non organisés la présence d'une coque de tissu collagène extrêmement dense, richement vascularisé et renfermant de multiples dépôts de pigment hématique. En périphérie, on retrouve un tissu adipeux lobulé par la sclérose et présentant de multiples foyers de cytotéatonécrose.

Un fragment de cortex rénal a été prélevé et ne montre que des modifications mineures, une très discrète sclérose interstitielle et quelques glomérules partiellement scléreux. Cependant, l'ensemble du cortex est constitué de glomérules et de tubes normaux.

Un fragment de muscle pariétal a été prélevé, dépourvu de toute anomalie.

Conclusion : volumineux kyste hémattique enkysté avec réaction de cytotéa-
tonécrose périphérique.

Devant cet hématome péri-rénal découvert en per-opératoire, on réinterroge le malade et l'on apprend qu'en 1967 il a subi un accident automobile peu important. Il n'y avait ni hématurie, ni symptomatologie urinaire. Contusion de l'hypocondre gauche ? La fracture du rein ou d'un vaisseau de la graisse péri-rénale semble l'étiologie la plus probable de cet hématome.

Les suites opératoires sont simples. Le malade sort au 10^e jour. On le revoit en avril 1970. Il va très bien. Une urographie montre une morphologie pyélocalicielle normale, en dehors d'une légère bascule du rein gauche sur son axe polaire.

Ainsi, dans nos quatre observations, la découverte de l'hématome péri-rénal a eu lieu lors de l'intervention exploratrice. Le diagnostic n'avait été évoqué qu'une fois en pré-opératoire.

C'est sous la forme d'une tumeur du rein retentissant sur la morphologie pyélocalicielle que s'est présenté l'hématome péri-rénal ancien. Deux fois, l'impression pré-opératoire était celle d'un kyste du rein, deux fois, celle d'une tumeur maligne.

De par l'étude de nos quatre cas et de ceux qui ont été publiés dans la littérature, deux problèmes principaux se dégagent :

- d'abord reconnaître l'hématome péri-rénal
- ensuite préciser son étiologie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Sur quels signes cliniques peut-on évoquer le diagnostic d'hématome péri-rénal ancien ?

Dans nos quatre observations,

- une pleurésie hémorragique associée à une hypertension artérielle,
- une douleur du flanc et une masse lombaire,
- une hématurie suivant une contusion du flanc,
- une crise de coliques néphrétiques

ont fait pratiquer des examens complémentaires, en particulier radiologiques qui ont montré une image de tumeur rénale.

Une hématurie révélatrice

est un signe assez fréquent.

- Signe cardinal de la contusion lombaire, elle peut manquer ce qui explique les diagnostics tardifs au stade d'hématome péri-rénal enkysté.
- Nous n'avons pas retrouvé de cas publiés où une colique néphrétique avec hématurie ait fait découvrir un hématome péri-rénal.
- Par contre, il est intéressant de citer 2 observations de SUKTHOMYA et LEVIN qui rapportent 2 hématuries isolées chez des malades sous antivitamines K. L'urographie a montré dans un cas une masse para-rénale correspondant à un hématome péri-rénal qui a dû être évacué chirurgicalement en raison du volume croissant.

Dans l'autre cas, l'urographie montrait un aspect de masse intra-rénale et l'évolution suivie sur des urographies successives a montré la disparition de l'hématome péri-rénal.

Les examens biologiques n'ont pas trouvé de séquelles sur le fonctionnement rénal.

D'ailleurs, les hématomes péri-rénaux sous anticoagulants semblent assez fréquents et le signe révélateur en est le plus souvent une hématurie.

Une excellente étude sur les complications urinaires des anticoagulants a été faite par KAUFMAN et MC. LELLAN en 1968. L'hémorragie peut être rétro-péritonéale, cause de compression extrinsèque ; intra-cavitaire cause d'obstruction urétérale par caillots ; intra-parenchymateuse responsable d'hématurie et de la formation d'une masse rénale pseudo-tumorale. L'évolution habituelle est la résorption progressive après arrêt de la thérapeutique anticoagulante, mais quand elle ne se produit pas, persiste la "tumeur" rénale, posant le problème de sa nature.

- Mais l'hématurie peut être microscopique et passer inaperçue. Et quand elle s'associe à une lésion rénale, elle fait, par argument de fréquence, penser à une tumeur maligne.

Une masse rénale palpable

est rarement retrouvée dans les hématomes péri-rénaux vus tard.

- Nous citerons cependant une observation de TRUC et GRASSET où une hématurie spontanée, indolore, totale à renforcement terminal a fait découvrir un gros rein gauche palpable.

- + A l'urographie : élimination insuffisante

- + La cystoscopie : papillomes vésicaux d'allure bénigne

- + L'urétéropyélographie rétrograde gauche :

refoulement de l'uretère et du bassinet avec amputation du calice inférieur permettant d'évoquer une tumeur du pôle inférieur du rein gauche.

- + La lombotomie découvre une masse jaunâtre et nécrotique qui ressemble à un néphroépithéliome. On pratique alors une néphrectomie.
- + L'examen anatomopathologique montrera une masse pseudo-kystique développée à partir du parenchyme sous-capsulaire. Absence de formation tumorale.

Ainsi une hématurie en rapport avec des papillomes vésicaux a fait découvrir un hématome péri-rénal qui ressemblait à un cancer du rein.

- Au sujet des masses lombaires, il faut connaître la possibilité d'hématome péri-rénal chez le nouveau-né. Il se présente habituellement comme une énorme tumeur de l'hypocondre évoquant une hydronéphrose congénitale ou un néphroblastome, avec albuminurie, hyperazotémie, sans anémie, sans signes hémorragiques. Ils doivent être évacués le plus rapidement possible afin d'éviter l'infection ou la sclérose du rein sous-jacent qui est normal. Il s'agit habituellement d'une avitaminose K transitoire ou d'une hémorragie surrénale par souffrance néo-natale. Le diagnostic est difficile si l'hématome péri-rénal est peu volumineux.

Une hypertension artérielle

est souvent retrouvée dans les hématomes péri-rénaux anciens. Elle est cause fréquente d'hématome, mais elle peut en être la conséquence par la compression du rein que réalise l'hématome péri-rénal organisé.

C'est une complication majeure de l'hématome non évacué, car la tension artérielle ne revient pas souvent à la normale après décortication ou néphrectomie.

- Nous citerons à ce sujet 8 cas d'hypertension artérielle sévère secondaire à des hématomes péri-rénaux rapportés par R. DOWN et HEWET. Ils n'ont pas retrouvé d'hypertension dans les formes extra-capsulaires et celle-ci semble uniquement le fait des hématomes sous-capsulaires, essentiellement post-traumatiques.

- Nous en rapprocherons les 12 cas de MICHON rapportés au Congrès d'Urologie de 1961.
- Nous nous attarderons plus sur une observation rapportée par OUMET-OLIVA où l'hypertension peut être cause ou conséquence d'un hématome péri-rénal.
 - Homme de 40 ans hospitalisé pour bilan d'une hypertension à 24 - 14 avec rétinite hypertensive stade III.
 - Urographies normales.
 - Artériographie : Normale à droite

Par contre à gauche obstruction complète d'une branche secondaire de l'artère rénale supérieure droite avec absence d'image néphrographique dans un espace triangulaire à base externe et masse arrondie supra-rénale apposée à la base de ce triangle.

Devant cet image d'infarctus rénal avec hématome péri-rénal sous-capsulaire, on pratiquera une héminephrectomie.

Les suites opératoires n'entraînent pas de modification tensionnelle.

Une urographie un an après est normale.

Par contre, la pleurésie hémorragique

révèle rarement un hématome péri-rénal ancien.

Nous avons retrouvé plusieurs observations de pleurésie hémorragique (secondaires ou non à un infarctus pulmonaire) s'accompagnant ou révélant un hématome péri-rénal de constitution récente.

- une observation de DORDAIN et collaborateurs, où un infarctus pulmonaire du post-partum avec pleurésie hémorragique s'est accompagné d'un hématome péri-rénal installé dans l'heure qui a suivi l'accouchement, qui s'est infecté et fut évacué chirurgicalement au bout de quelques jours.
- 2 observations de MOREAU.
- Par contre, nous n'avons pas retrouvé de cas semblable à notre observation I, avec en particulier une réaction pleurale droite.

Assez souvent, l'hématome péri-rénal ancien est totalement latent

sur le plan clinique.

Nous citerons 2 observations :

- une de J. PATEL où un volumineux hématome péri-rénal gauche fut une surprise per-opératoire chez un malade que l'on opérait pour hernie hiatale mal supportée depuis 2 ans.
- une de PLANCHU où c'est à l'autopsie d'une femme de 70 ans, décédée de broncho-pneumonie que fut découverte un hématome péri-rénal droit ancien.

Nous voyons donc qu'il n'y a aucun signe propre à l'hématome péri-rénal. Les signes révélateurs sont variables, polymorphes. Aucun n'est constant ni spécifique. La symptomatologie est celle des complications ou de l'étiologie, mais lorsque l'hématome péri-rénal s'est constitué, ses manifestations cliniques sont pauvres ou trompeuses.

DIAGNOSTIC PARA-CLINIQUE

Quels sont les examens complémentaires qui vont aider au diagnostic ?

Les examens biologiques

Il ne faut guère compter sur les examens biologiques.

- La numération formule sanguine

est pratiquement toujours normale en dehors de modifications propres à l'étiologie.

On ne retrouve pas l'anémie qu'il est classique de décrire dans les hématomes péri-rénaux récents.

- Le bilan de la fonction rénale

est habituellement normal, en dehors de complications dont le signe le plus évident est une azotémie modérément élevée. En dehors également de signes de néphrite chronique, cause assez fréquente d'hématome péri-rénal. Mais là encore se pose le problème de l'atteinte rénale : complications, association ou étiologie de l'hématome ?

Les examens radiologiques

Ce sont donc essentiellement les examens radiologiques qui vont centrer le problème diagnostique.

En effet, c'est souvent au cours de cet examen pratiqué pour des troubles divers ou de façon systématique avant une intervention urologique ou gynécologique que l'on découvre l'anomalie rénale.

Quels sont les signes radiologiques qui devront faire penser à l'hématome péri-rénal devant la "tumeur" rénale ?

L'urographie

- Le cliché simple peut montrer une opacité d'une fosse lombaire ou un contour rénal franchement élargi.
- C'est sur les clichés après injection que peuvent apparaître les images typiques.

Quand il s'agit d'un hématome extra-capsulaire, le plus fréquent, il existe une masse qui refoule le rein, entraînant un déplacement en bas et en dedans des cavités pyélocalicielles. Il n'y a pas de modification des différents éléments de l'arbre pyélocaliciel l'un par rapport à l'autre, mais un changement en bloc de l'orientation et de la place du rein et des cavités rénales. C'est l'aspect classique de la masse para-rénale.

Mais quand il s'agit d'un hématome intra-rénal ou d'un hématome péri-rénal sous-capsulaire, les aspects urographiques sont différents. Il existe un gros rein et dans ce gros rein, une masse amputée, désoriente les calices. Cette masse peut avoir un aspect régulier, refoulant simplement les calices, donnant l'impression d'un kyste du rein. Mais les images peuvent être irrégulières, avec parfois laminage des calices donnant un aspect de tumeur maligne d'autant que le rein est fixé, signe habituel de malignité.

Et c'est là que se pose le problème. Rien ne permet devant ces images urographiques d'affirmer ou d'infirmer la tumeur maligne qui impose un geste thérapeutique univoque : la néphrectomie totale.

En dehors de la visualisation de l'hématome péri-rénal, l'urographie renseigne parfois sur sa cause, en particulier tumorale, et c'est pourquoi les aspects radiologiques des hématomes sous-capsulaires posent de difficiles problèmes diagnostiques.

L'urographie donne encore un élément indispensable à connaître avant tout geste thérapeutique : la présence et le fonctionnement de l'autre rein.

L'urétéropyélographie rétrograde

L'urographie est souvent complétée par une UPR, en particulier quand le rein est mal opacifié ou que subsiste un doute sur un groupe caliciel.

Les néphro-tomographies

L'urographie doit être complétée par des néphro-tomographies. FRANCK et WIECHE ont montré l'intérêt des néphro-tomographies dans le diagnostic des hématomes péri-rénaux en publiant des clichés où l'on peut voir le rein comprimé par l'hématome avec épaissement de la densité du parenchyme au niveau de la compression et une ligne finement marquée qui visualise la capsule rénale.

Mais ces cas concernent des hématomes sous-capsulaires localisés avec un parenchyme rénal normal.

Les néphrotomographies ne sont pas toujours aussi évocatrices en particulier quand existent des anomalies parenchymateuses qui peuvent altérer le bord rénal, causes ou conséquences de l'hématome, et si les néphrotomographies permettent parfois le diagnostic différentiel avec le kyste, elles ne sont pas toujours convaincantes.

La scintigraphie rénale

est un examen couramment pratiqué dans le problème des tumeurs rénales.

Renseignant sur le fonctionnement du rein, elle montre un rein habituellement normal dans les hématomes péri-rénaux. Mais elle a des aspects trompeurs, pseudo-kystiques ou pseudo-tumoraux en rapport avec des zones d'hématomes intra-parenchymateux localisés qui accompagnent fréquemment les hématomes traumatiques.

Il est alors impossible de faire le diagnostic avec une tumeur du rein, cause de l'hématome.

Les opacifications vasculaires

Quels sont les aspects donnés par l'opacification vasculaire, exploration maintenant courante dans le diagnostic des tumeurs du rein ?

L'exploration habituelle est l'artériographie rénale par voie fémorale rétrograde globale, puis sélective.

Que montre-t-elle en cas d'hématome péri-rénal typique : une masse para-rénale, non opacifiée, sans vaisseau intra-tumoral, sans encoorbellement, avec un rein souvent déplacé, comprimé.

Donc rien de comparable à un cancer du rein avec son image d'hypervascularisation anarchique, mais il existe des cancers nécrosés avec thrombose du pédicule qui sont avasculaires mais ont rarement la netteté du contour des images kystiques.

Rien de comparable non plus avec le kyste, image de lacune avasculaire bien régulière avec souvent une image d'encoorbellement.

Mais nous avons vu dans nos observations des aspects artériographiques différents de l'image classique. En effet dans les hématomes, peuvent exister des modifications parenchymateuses (organisation de plages hémorragiques) en dehors de toute étiologie. Le doute radiologique persiste donc quand à la masse para-rénale s'associe une lésion rénale. L'image obtenue est celle d'une lésion rénale à développement périphérique et le problème diagnostique devient ardu.

Nous savons qu'il n'existe pas d'image caractéristique pour distinguer le néoplasme avasculaire du kyste solitaire ni de l'hématome péri-rénal. D'autant que cancer ou kyste du rein peuvent être à l'origine d'un hématome.

Quels pourraient être les signes en faveur de l'hématome :

- une image de flaque dans la région péri-rénale, image directe de l'hémorragie.

Elle est déjà exceptionnelle dans les hématomes récents ; elle n'existe jamais dans l'hématome ancien où la sclérose a obturé la brèche vasculaire.

- un aspect d'une fracture du rein.

En fait, dans la pratique, l'image radiologique obtenue par ces examens est rarement significative, d'autant que l'hématome péri-rénal est une affection rare en dehors des traumatismes et que l'on n'y pense pas.

Bien souvent l'image d'un hématome sous-capsulaire ressemble à un kyste du rein à développement périphérique. Les signes radiologiques évoquent le kyste, car même s'il existe des déformations calicielles, il n'y a pas d'envahissement vrai.

La ponction percutanée

Et pour confirmer ce diagnostic, on a recours à la ponction percutanée du rein. Faite après urographie, mise en place de repères on pique en pleine masse kystique.

Au lieu de ramener, comme dans un kyste un liquide citrin, la ponction est blanche.

Une tentative d'opacification ne donne pas l'image d'une cavité régulière, mais l'image d'une flaque dont la topographie montre que l'on est bien dans la lésion rénale.

La ponction mène ainsi au diagnostic de tumeur solide, ce qui joint aux aspects radiologiques, fait penser à un cancer du rein.

Ainsi, au terme d'une exploration complète, il est rare que le diagnostic formel d'hématome péri-rénal soit posé. Beaucoup plus souvent, on évoque une lésion plus courante, pour deux raisons :

- d'abord, il n'existe pas d'image absolument caractéristique de l'hématome péri-rénal,
 - ensuite, il faut bien le reconnaître, on n'évoque pas l'hématome.
- Pourtant, l'hématome péri-rénal en dehors d'une notion traumatique, doit faire rechercher une cause qui pourra influencer la thérapeutique, et il faut y penser.

Le saignement est tari dans cet hématome péri-rénal ancien et il

n'y a pas de problème d'urgence. Si au terme de l'exploration, on est arrivé à la notion de tumeur qui, certes, semble para-rénale, mais pour laquelle le diagnostic hésite, on sera conduit à la lombotomie exploratrice.

Il vaut donc mieux connaître l'état du rein sous-jacent à l'hématome et l'existence d'une affection générale qui pourrait en être responsable.

Nous décrirons donc rapidement les principales causes des hématomes péri-rénaux avant d'envisager quelques problèmes thérapeutiques.

LES ETIOLOGIES DES HEMATOMES PERI-RENAUX

ETIOLOGIE TRAUMATIQUE

Nous n'insisterons pas sur les hématomes péri-rénaux d'origine traumatique. Le rein est un organe rempli de liquide sous tension dans une capsule inextensible. C'est donc un organe fragile.

Nous rapprocherons des traumatismes par contusion,

- les biopsies-rénales
- les néphropexies.

ETIOLOGIE CLASSIQUEMENT SPONTANEE

Par contre, lorsque manque la notion de traumatisme, il faut rechercher un processus pathologique révélé par l'hématome péri-rénal.

Une lésion rénale

est en cause dans plus de la moitié des cas.

- il s'agit assez souvent de néphrite, essentiellement de néphrite chronique,
 - + la néphroangiosclérose avec hypertension artérielle
 - + et la glomérulonéphrite chronique
- seraient responsables d'environ 22 % des hématomes dits spontanés.

Parfois, il peut s'agir de :

- + glomérulonéphrite aiguë
- + de pyélonéphrite
- + de tubulonéphrite aiguë.

- Une tumeur du rein est également assez fréquente

- + qu'il s'agisse d'un cancer, essentiellement rupture d'un cancer cortical
- + ou d'une tumeur bénigne au premier rang desquelles il faut placer l'angiomyolipome.

C'est une tumeur vasculaire, faite de nodules souvent multiples qui se développent en règle à la périphérie ou sur la capsule du rein. Elle survient dans plus de la moitié des cas chez des malades atteints de sclérose tubéreuse de Bourneville.

Parfois, il peut s'agir :

- + d'un infarctus rénal
- + d'une tuberculose
- + d'une hydronéphrose le plus souvent associée à une néphrite et qui semble alors plus une complication de l'hématome péri-rénal que sa cause.
- + d'une maladie polykystique
- + d'une rupture d'un anévrysme de l'artère rénale ou d'une de ses branches.

Dans les lésions para-rénales

Il peut s'agir :

- + d'une affection surrénale, en particulier d'un hématome (responsable d'environ 6 % des hématomes péri-rénaux selon POLKEY et VYNALEK). Plus rarement, c'est une tumeur maligne ou un kyste.
- + les autres organes sont exceptionnellement en cause (tumeurs rétro-péritonéales).

Dans les troubles généraux

Il peut s'agir :

- d'une hypertension artérielle
- une des causes les plus fréquentes de l'hématome péri-rénal, mais la pathogénie du saignement reste très mystérieuse.

- d'une péri-artérite noueuse
et l'hématome péri-rénal peut être la première manifestation de la maladie comme dans une observation de GADRAT. La cause de l'hématome est habituellement un infarctus cortical.
D'ailleurs, au cours de cette maladie, l'atteinte rénale est quasi constante, bilatérale.
- d'une maladie hémorragique
 - + leucémie
 - + hémophilie (8 cas dans la thèse de Lesieur, mais il s'agit plutôt de grands hématomes diffus)
 - + thrombopénies
 - + polyglobulie
 - + troubles de la coagulation spontanés ou surtout thérapeutiques, de plus en plus fréquents (anticoagulants).

Dans 10 % des cas environ,

On ne peut mettre en évidence une étiologie précise et l'hématome apparaît chez des sujets apparemment indemnes de toute affection.

PROBLEMES DE PATHOGENIE

Toutes ces causes sont des maladies fréquemment rencontrées. Par contre, l'hématome péri-rénal est très rare et l'on peut se demander si ces maladies ne fournissent pas le fond sur lequel se greffe une maladie particulière, l'hématome péri-rénal, déterminant des troubles vasculaires aboutissant à des hémorragies plus ou moins abondantes et plus ou moins graves.

Quelle est la cause directe de l'hématome péri-rénal ?

- POLKEY et VYNALEK ont réussi à créer certains hématomes péri-rénaux expérimentaux, en liant la veine rénale chez le chien, et ils expliquent l'hématome comme étant secondaire à une apoplexie viscérale.

- HUBNER et HEILMAN incriminent une paralysie des nerfs vasomoteurs du rein et de sa tunique fibreuse, d'où stase et diapédèse.
- DORDAIN, dans la discussion d'un cas, explique un hématome péri-rénal par une embolie amniotique. Le liquide amniotique entraînerait une coagulation intravasculaire et des hémorragies secondaires par son activité thromboplastique.

Existe-t-il dans le sang ou les tissus des malades atteints d'hématome péri-rénal non traumatique, une substance identique au liquide amniotique ?

Il serait intéressant d'étudier les phénomènes de coagulation, mais qu'apporteraient-ils dans les formes anciennes où les troubles initiaux ont disparu ?

CONDUITE THERAPEUTIQUE

De cette étude étiologique nous allons essayer de tirer une attitude pratique. Quelle doit être la thérapeutique de l'hématome péri-rénal vu tardivement ?

Au terme d'un bilan complet, comprenant notamment urographie, artériographie et la recherche d'une étiologie, deux cas peuvent se présenter :

- Le diagnostic d'hématome péri-rénal est posé avec certitude.

Ce qui est exceptionnel.

Dans ces cas, on est ramené à un problème habituel, facile à résoudre.

S'il n'existe pas de tumeur maligne qui impose le traitement chirurgical radical, c'est l'état du rein qui règle la conduite.

Une fonction rénale satisfaisante sans hypertension artérielle, l'absence de retentissement pyélocaliciel ou parenchymateux, permettent l'abstention sous surveillance régulière.

Par contre, un hématome sous-capsulaire qui englobe le rein en totalité ou des remaniements pyélocaliciels importants, ou encore des signes biologiques d'atteinte rénale entraînent la lombotomie. Le geste chirurgical, guidé par les radios sera l'évacuation de l'hématome toujours, la décortication du rein souvent, une néphrectomie partielle moins souvent. La néphrectomie sera une exception, réservée aux reins totalement détruits ou lorsqu'existent de grosses difficultés opératoires.

- Le diagnostic d'hématome péri-rénal reste incertain et c'est le cas le plus fréquent.

Il faut toujours opérer, sauf contre-indication majeure tirée de l'état général du malade.

Et c'est au cours de la lombotomie exploratrice pour cette tumeur rénale que 2 cas schématiques peuvent se présenter. Ces 2 cas sont basés sur les découvertes opératoires et avant d'entreprendre la lombotomie, il faut toujours prévenir le malade de l'éventualité de la néphrectomie.

- + Parfois, il existe autre chose que l'hématome péri-rénal. La palpation du rein, souvent difficile au travers de l'hématome, doit se faire après son évacuation, et elle trouve une lésion parenchymateuse. La nature bénigne de cette lésion, parfois visible, est trop difficile à affirmer en per-opératoire et un seul geste est logique : la néphrectomie, d'autant que cette lésion bénigne peut être la cause de l'hématome.
- + Ailleurs, le rein semble normal. Il n'existe qu'un hématome sans lésion rénale. Il faut alors évacuer cet hématome et, dans la mesure du possible, décortiquer le rein. C'est une intervention difficile en raison des nombreuses adhérences, tant au rein, qu'aux parois de la loge, dues à la sclérose de l'hématome, et parfois, l'intervention se termine par une néphrectomie inopportune.

Ainsi nous pensons que lorsqu'un découvre en per-opératoire un hématome péri-rénal et que le rein semble normal, il ne faut pas faire de néphrectomie, mais une décortication, en surveillant régulièrement le malade.

CONCLUSION

A propos de quatre malades opérés pour tumeur du rein et chez lesquels fut découvert un hématome péri-rénal, une revue est faite des formes chroniques de ce type d'hématome et en particulier de leurs aspects pseudo-tumoraux.

Sur le plan étiologique, les hématomes chroniques peuvent succéder :

- soit à une contusion. Mais celle-ci est minime, ne donnant pas le tableau habituel d'hématurie associée à une tumeur ; elle n'attire pas l'attention sur le rein et l'hématome ne sera révélé que longtemps plus tard.
- soit à une tumeur du rein :
essentiellement à un angiomyolipome
exceptionnellement à un cancer du rein qui ne donne pratiquement que des hématomes péri-rénaux à symptomatologie aiguë.
- soit à des pyélonéphrites
- soit enfin à des traitements anticoagulants, quelle qu'en soit la durée. Dans ce cas, il s'agit plus souvent d'hématomes rétro-péritonéaux, que d'hématomes proprement péri-rénaux.

Anatomiquement, l'organisation de ces hématomes peut aboutir à la constitution d'une "tumeur" péri- ou intra-rénale qui posera des problèmes diagnostiques difficiles. Il s'agit rarement d'hématomes extra-capsulaires, ceux-ci créant une masse para-rénale, mais surtout d'hématomes sous-capsulaires et intra-parenchymateux.

Sur le plan diagnostique, cliniquement les symptômes peuvent être hématurie, douleur, masse lombaire, hypertension artérielle, mais aucun n'est

vraiment spécifique et il n'est pas rare que l'hématome péri-rénal ancien soit totalement latent.

Radiologiquement, il s'agit rarement d'une masse qui désarticule la voie excrétrice comme une tumeur intra-parenchymateuse, plus souvent d'une masse régulière, homogène, simulant un kyste du rein.

Cette masse est préoccupante par sa fixité.

Sa nature peut parfois être évoquée :

- sur la notion d'antécédents ; par exemple traumatiques, qu'il faudra rechercher soigneusement à l'interrogatoire.

Ou la connaissance d'une maladie de Bourneville, qui doit faire rechercher l'angiomyolipome.

- sur l'artériographie qui montre toujours une zone hypovascularisée.
- sur la ponction percutanée qui a une valeur négative. En effet, alors que radiologiquement l'aspect est celui d'un kyste bénin, la ponction ne retire pas de liquide, évoquant donc une masse solide, peut-être bénigne.

En définitive, c'est en règle générale la lombotomie qui tranche le diagnostic.

Sur le plan thérapeutique, le diagnostic est exceptionnellement suffisamment certain pour permettre l'abstention sous surveillance. C'est donc lors de la lombotomie que l'hématome péri-rénal est découvert et il faut s'en tenir à une intervention conservatrice (décortication rénale, souvent difficile au demeurant) à condition de s'être soigneusement assuré qu'il n'existe pas au niveau d'un pôle ou au niveau du hile une petite tumeur qui aurait saigné, en particulier un angiomyolipome.

Vu, le Président de Thèse

Professeur P. ABOULKER

Vu, le Doyen de la Faculté

E. FOURNIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLERMAN E. J. et MURPHY E.J.
Hématome péri-rénal spontané
New York State J. Med., 15 déc. 1959, 59, n° 24
2. BIED B., JAMBON R. et ROBINNE Y.
Hématome rénal et anticoagulants
J. Radiol. Electrol., dec. 1967, 48, n° 12
3. CAFFAU S. et D'ACUNZO L.
Un cas d'hématome péri-rénal ossifié
Minerva Méd., dec. 1961, 52, n° 101
4. CAFFAU S. et D'ACUNZO L.
Un cas d'hématome péri-rénal par cancer des surrénales
Minerva Méd., juin 1965, 5, n° 2
5. COLEY G. M. et OTTENHEIMER E.J.
Hématome rétro-péritonéal chronique
Am. J. Surg., mai 1963, 105, n° 5
6. DELOM, PIGANOL et HERVE
Hématome péri-rénal spontané
J. d'Urologie, juin-juil. 1957, 63, n° 7-8
7. DORDAIN, JEANNE, LEFRANCOIS et HEMET
Infarctus pulmonaire du post partum et hématome péri-rénal
J. d'Urologie, sept. 1965, 71, n° 9
8. DOWNS R.A. et HEWETT A.L.
Hypertension par hématome péri-rénal sous-capsulaire
J. of Uro., juil. 1962, 88, n° 1
9. DUFÉY P.
Les hématomes péri-rénaux spontanés
Lyon Méd., avril 1960, n° 15

10. ELIACHAR E., CENDRON J., TASSY R., SCHNEIDER M. et BLANC L.
Hématome péri-rénal du nouveau-né
Arch. franç. Péd. oct. 1963, 20, n° 8
11. FRANK I.N. et WIECHE D.R.
Aspects néphrotomographiques de l'hémorragie spontanée
sous-capsulaire
Radiology, sept. 1967, 89, n° 3
12. GADRAT J.
L'hématome péri-rénal spontané
Méd. Interne, mai 1966, 1, n° 5
13. GEIPEL A.
Prise accidentelle de Marcoumar surdosé
Wüsch. med. Wschr., août 1969, 111, n° 34
14. HAACKE C. et HINRICHS F.
Hématome péri-rénal
Zbl. Chir., août 1967, 92, n° 32
15. HEPP et MICHON
Contusions du rein
E.M.C.
16. HIBNER R.W.
Rupture spontanée du rein. Une complication de l'anti-
coagulation.
Am. J. Surg., oct. 1969, 118, n° 4
17. HODINÉ E. et DASS T.
Hémorragie rétro-péritonéale spontanée compliquant le
traitement anticoagulant
Ann. Surg., nov. 1969, 170, N° 5
18. ITTURALDE J.A.
Hématome rénal sous-capsulaire
Rev. arg. Uro., août-sept. 1967, 36, n° 8-12
19. KAUFMAN S.A. et MC LELLAN P.
Les complications du traitement anticoagulant au niveau d
des voies urinaires ; pseudo-tumeur du rein
Brit. J. Radio., mars 1968, 41 n° 483
20. LANGE, LAMARCHE et LASSALE
Sur un cas d'hématome péri-rénal bilatéral
Bordeaux Chir., 1958, 2

21. LAZAR A.
Hématome spontané péri-rénal (1 cas sous antivitamines K)
Thèse Paris 1965
22. LEAKE R. et WAYMAN T.B.
Hématomes enkystés rétro-péritonéaux
J. of Uro., juil. 1952, 68, n° 1
23. LINK G.S.
Hématome péri-rénal bilatéral
J. of Uro., janv. 1963, 69, n° 1
24. MAGENDIE, MASSE C., REGNIER et SENTUCQ
Evolution inhabituelle d'un hématome rétro-péritonéal secondaire à un rein polykystique
Bordeaux Chir., janv. 1967, n° 1
25. MAGENDIE, BRUN et DUCAU
Hématome rétro-péritonéal et traitement anticoagulant
Bordeaux Chir., oct. 1964, n° 4
26. MIKITY V. G., HODFMAN J.E. et CASS A.B.
Hématome péri-rénal chez le nouveau-né
California med., janv. 1962, 96, n° 1
27. MILLER J. et CORDONNIER J.J.
Hématome péri-rénal associé à l'hypertension
J. of Uro., juil. 1949, 62, n° 1
28. MOREAU R.
L'hématome péri-rénal
Rev. Prat., mars 1955, 5, n° 8
29. MOREAU R., CLER R. et LAURENT D.
Les hématomes péri-rénaux
Sem. Hôp. Paris, mai 1954, 30, n° 30
30. O'SULLIVAN D.C. et DEWEERD J.H.
Hématome péri-rénal spontané. 2 observations
Proc. Staff Meet. Mayo Clin., août 1962, 37, n° 16
31. OTERO G.O., MARTIN R.S. et COSTA O.J.
Hématome péri-rénal spontané secondaire à une péri-artérite noueuse histologiquement démontrée
Presna med. arg., avril 1970, 57, n° 5

32. OUMET-OLIVA D., CHARRON J. et BELANGER R.
Infarctus rénal avec hématome péri-rénal
Am. J. Roentgenol., sept. 1966, 98, n° 1
33. PATEL J., CORMIER J.M. et ARTUR E.
L'angiomyolipome rénal, cause possible d'hématome
périnéphrétique trop fréquemment dit spontané
Mém. Acad. Chir., 1965, 91, n° 21-22-23
34. PATEL J., CORMIER J.M. et ARTUR E.
Sur les moyens de fixer l'étiologie ou tout au moins d'
en approcher des hématomes péri-rénaux dits spontanés
Presse Méd., dec. 1965, 73, n° 55
35. PATOIR G.
Hématome péri-rénal spontané par cancer du rein
J. Urologie, dec. 1968, 74, n° 12bis
36. PLAUCHU M., FREYCON M. T. et PERRIN-FAYOLLE
Nouvelle observation d'hématome péri-rénal cliniquement
latent
Lyon méd., janv. 1960, n° 2
37. POILLEUX
1 cas d'angiomyolipome du rein révélé par un hématome
enkysté. Etude artériographique
Ann. Chir., mars 1970, 24
38. PRESMAN D., ROLNICK D. et PORTNEY F.
Hématome péri-rénal spontané secondaire à une tumeur
rénale : 2 cas
Am., J. Surg., oct. 1961, 102, n° 4
39. RIMOLO C. et PAGLIERE H.A.
Hématome péri-rénal spontané chez le nouveau-né
Rev. arg. Urol., av.-mai-juin 1963, 32, n° 4-5-6
40. ROGNON
Hématome péri-rénal dû à une angiomyolipomatose pendant
une forme viscérale de maladie de Bourneville
Mém. Acad. Chir., 1969, 95
41. SAEGESSER F. et PAHUD J.J.
Apoplexie rénale. Hématome péri et intra-rénal spontané
par rupture d'un anévrisme d'une branche de l'artère
rénale
Rev. med. Suisse rom., avril 1955, 65, n° 4

42. STEARNS D. B. et HERSHMAN H.
L'hématome péri-rénal spontané. Problème diagnostique
Am. J. Surg., août 1954, 88, n° 2
43. SUKTHOMYA C. et LEVIN B.
Pseudo-tumeurs du rein secondaires au traitement anti-coagulant
Radiology., avril 1967, 88, n° 4
44. TRUC E., GRASSET D., BALMES M. et BRUEL S.
Hématome spontané péri-rénal à forme pseudo-tumorale
J. Urologie., mars 1965, 71, n° 3
45. TRUC E., GRASSET D.
Contusions du rein
Rev. Prat., 1964, 70, n° 7-8
46. TURNER D.P.B. et ADAMS D.J.
Hémorragie rétro-péritonéale non traumatique par tumeur rénale
Brit. J. Surg., janv. 1966, 53, n° 1
47. USON A.C., KNAPPENBERGER S.T. et MELICOW M.M.
Hématomes péri-rénaux non traumatiques. Observations basées sur 7 cas
J. of Uro., mars 1959, 81, n° 3
48. ZOEDLER D.
Hémorragie dans la loge rénale d'origine non traumatique
Zschr. Uro., fév. 1958, 51, n° 2
49. ZOEDLER D.
Contribution à l'histoire clinique de l'hématome rénal sous-capsulaire d'origine non traumatique
Zschr. Uro., av. 1958, 51, n° 4

